

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913 — N° 84

DES DIVERTICULES ACQUIS

DU

GROS INTESTIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Avril 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre de MOURGUES

Ancien externe, ancien interne suppléant des Hôpitaux de Lyon

Né à Lyon, le 8 Mai 1887



LYON
IMPRIMERIE WALTENER & C^e
3, Rue Stella, 3

1913

DES DIVERTICULES ACQUIS

DU

GROS INTESTIN

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913. — N° 84

DES DIVERTICULES ACQUIS

DU

GROS INTESTIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Avril 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre de MOURGUES

Ancien externe, ancien interne suppléant des Hôpitaux de Lyon

Né à Lyon, le 8 Mai 1887



LYON
IMPRIMERIE WALTENER & C^e
3, Rue Stella, 3

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE
PIERRET, BEAUVISAGE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale	LÉPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.	CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	MOREAU.
Physiologie.	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire.	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	COURMONT (P.)
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.)
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Propédeutique urologique	GAYET,	—
Déontologie et médecine professionnelle.	(Et. MARTIN),	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	Etienne MARTIN.	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.)
GAYET.	VORON.	THÉVENOT.	GUILLEMAND.
NEVEU-LEMAIRE	NOGIER.	TAVERNIER.	PIÉRY ch....
PATEL.	LATARGET.	CADE.	SAVY ch....

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TEISSIER, Président; MM. PATEL, LATARGET, CADE.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

je dédie ce travail en témoignage de mon amour et de
ma profonde reconnaissance.

A MES FRERES ET A MA SOEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX

(Internat provisoire à Saint-Etienne)

MESSIEURS DESCOS, MONTAGNON, VIANNAY

(Externat et Internat provisoire à Lyon)

MESSIEURS J. COURMONT, CHATIN, ROLLET,

A. POLLOSSON, VILLARD, NICOLAS, CADE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. TEISSIER

Professeur de clinique médicale à la Faculté
de médecine de Lyon

A mes maîtres qui ont bien voulu former
mon jury de thèse

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGREGES

PATEL, LATARJET ET CADE

Nous sommes heureux, arrivé au terme de nos études, de remercier tous les maîtres qui, tant à la Faculté qu'à l'Hôpital, nous ont prodigué leurs sages leçons et leurs bienveillants conseils.

Nous serons particulièrement reconnaissant à notre maître, M. le Professeur agrégé Cade, médecin des Hôpitaux, qui voulut bien nous inspirer ce sujet et nous guider dans les recherches que nous avons faites pendant notre semestre à l'Hospice du Perron.

Qu'il nous soit permis de remercier vivement notre camarade J.-F. Martin, interne des Hôpitaux, qui collabora à notre travail en faisant de nombreuses recherches microscopiques, et notre excellent ami Louis Martin, interne suppléant des Hôpitaux, dont nous avons mis à contribution le talent de dessinateur.

Enfin, parmi les camarades qui nous ont manifesté leur sympathie, il en est dont l'amitié fut sincère et durable, nous tenons à leur renouveler ici le témoignage de notre entier dévouement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Les diverticules que nous étudions sont des formations acquises dont la première description est due à Cruveilhier. Ce sont des lésions macroscopiquement visibles que l'on trouve sur le gros intestin, l'S iliaque en particulier, et elles sont à distinguer des kystes glandulaires qui ont pu se former dans l'épaisseur de la muqueuse.

L'inflammation de ces diverticules constitue la diverticulite qui mérite d'occuper une place importante dans la pathologie du gros intestin, ainsi qu'il ressortira de l'historique.

Sous l'inspiration et la direction de M. le Professeur agrégé Cade, nous avons, pendant notre semestre à l'Hospice du Perron, recherché systématiquement cette lésion. Ces recherches ont été d'ordre surtout anatomique portant sur leur pourcentage, leur localisation, leur aspect.

Nous avons pu aussi, grâce à l'aimable collaboration de notre camarade J.-F. Martin pour la partie microscopique, examiner un assez grand nombre de coupes et étudier la structure histologique.

Nous n'avons pas cependant la prétention d'être définitif et de trancher d'une façon trop catégorique toutes les questions qui se rattachent à l'étude des diverticules.

Nous voulons tâcher simplement d'ajouter une maille à la chaîne déjà résistante des études précédentes et avant tout apporter l'exposé de nos recherches personnelles.

DES DIVERTICULES ACQUIS DU GROS INTESTIN

I

Historique

« Jusqu'à ce qu'une maladie ait été décrite de façon complète quoique brève dans les livres classiques de médecine et de chirurgie, on ne peut pas dire qu'on ait trop parlé d'elle » (Maxwell Telling).

Il a cependant été dit beaucoup sur les diverticules et les diverticulites du gros intestin. Depuis la magistrale description qu'en fit Cruveilhier dans son *Traité d'Anatomie pathologique*, on a discuté longuement surtout sur leur mode de formation et les théories pathogéniques se sont accumulées, confirmées, contredites.

En Allemagne, surtout dans la dernière moitié du XIX^e siècle, les auteurs ont recherché le mécanisme des hernies tuniquaires de Cruveilhier.

Celui-ci avait surtout invoqué le mécanisme de la constipation qui sous l'influence des efforts de défécation dilatait l'intestin, les matières accumulées servaient de point d'appui à cette pression.

Tandis que Klebs, en 1869, en faisait des diverticules de traction, Hanseman, en 1896, revient à la théorie de Cruveilhier des diverticules de pression.

En même temps des expériences étaient tentées pour vérifier les points faibles de l'intestin par Helch (1880), Hanau (1896). Mais comme le dit bien M. Patel, « ces « expériences de distension artificielle de l'intestin répé-
« tées à plaisir n'ont pas de valeur, car l'intestin d'un
« cadavre se comporte bien différemment de l'intestin
« d'un sujet vivant ; de plus la distension brusque ne
« saurait être assimilée à la distension graduelle ».

Puis les auteurs allemands ont cherché à savoir pour-quoi la pression agissait là plutôt qu'ailleurs, quelle était la cause de moindre résistance d'un point donné de la paroi. Graser dans ses recherches microscopiques trouve de la stase veineuse dix fois sur vingt-huit, il en conclut que ce n'est pas seulement le fait du hasard et qu'il doit y avoir une corrélation entre les deux faits.

Cette théorie de Graser, théorie veineuse, a été longuement discutée en Allemagne et admise par Stierlin.

Puis paraissent les travaux de Sudsuki, Hochenegg, Waldvogel.

En France, Zielgien, d'après un cas observé, attribue le diverticule à une lésion des glandes de Lieberkühn à un pseudo kyste glandulaire.

Jusqu'alors, on s'était en somme préoccupé surtout de la partie théorique, on s'était acharné sur le mécanisme, laissant un peu de côté les considérations pathologiques et cliniques.

C'est surtout aux auteurs anglais et américains qu'on doit l'étude des processus et des complications.

Les Allemands avaient décrit les diverticules, ils étudiaient les diverticulites, et c'est toute une série de communications, d'observations de médecins, de chirurgiens.

Tandis qu'Edwin Beer fait en 1904 un article sur les aspects pathologiques et cliniques des diverticules acquis du gros intestin, ceux du rectum sont étudiés par Giffen de Rochester, les conséquences suppuratives par Brewer, les perforations par John Hartwell, Brewer, Mayo, Wilson, Taylord et Lakin.

Enfin, Maxwell Telling, qui par sa statistique de 10.000 autopsies, par ses observations de 103 cas compliqués et surtout par l'étude approfondie est une merveille d'exposition et de netteté, doit certainement occuper la première place parmi les auteurs étrangers.

Cependant en France, quoiqu'avec des statistiques moins colossales, la question n'en a pas moins été très étudiée, par les auteurs lyonnais surtout.

Le Professeur Jaboulay publie en 1897 le premier cas de perforation diverticulaire avec péritonite généralisée et surtout il convient de citer les nombreux travaux de M. Patel, ainsi que la thèse de Verdenal qu'il a inspirée.

Enfin, signalons les travaux de notre maître, M. le Professeur agrégé Cade qui, le premier, dans un traité classique consacré aux maladies de l'intestin, signale les diverticules et leur rôle pathologique et reprend plus longuement leur étude dans son rapport sur les colites infectieuses au xiii^e Congrès français de médecine.

Nous nous sommes attachés dans ce court historique non pas tant à être complet et à signaler tout ce qui a été dit sur ce vaste sujet, mais à montrer l'évolution de la question. D'abord elle a donné lieu à des descriptions

détaillées suggérées par la curiosité qu'éveillait la découverte de cette lésion, et de nombreuses théories se sont échafaudées pour expliquer son mécanisme de formation.

Depuis quelques années elle a pour ainsi dire passé dans le domaine pratique. Certains auteurs contemporains, en effet, ont vu tout le parti qu'on en pouvait tirer au point de vue clinique.

D'aucuns ont même exagéré peut-être dans ce sens et l'on croirait à lire certains ouvrages que les diverticules se compliquent très fréquemment et que les diverticulites sont une lésion qui, redoutable parfois au même titre qu'une ulcération ou un cancer, occuperait dans la pathologie intestinale une place qui serait assez proche de celle occupée par les lésions que nous venons de nommer puisqu'elle pourrait conduire le patient à la péritonite par perforation, à la fistule stercorale ou tout au moins à la suppuration et à l'obstruction. Le rôle des diverticules en pathologie est une notion très intéressante, mais en y regardant de plus près on se rend compte de deux faits : les diverticules sont bien moins rares qu'on ne le pensait autrefois et conséquemment ils sont moins souvent la source d'accidents qu'on n'était peut-être porté à le croire généralement. Ces derniers faits ressortent nettement en particulier des recherches que nous avons faites à ce sujet.

II

Anatomie pathologique

- Au cours de nos recherches sur les différentes statistiques des auteurs, nous avons été frappés par la divergence des nombres, mais en général on garde l'impression que c'est une lésion rare. Zielgien nous dit que sur 2.000 à 3.000 autopsies il n'en a observé qu'un seul cas, et Verdenal qui a fait sa thèse sur les diverticules de l'S iliaque nous dit :

« Il est vrai cependant que nous avons observé, d'une façon systématique, un nombre relativement considérable d'autopsies à ce point de vue spécial et que jamais nous n'avons eu la bonne fortune de trouver un S iliaque à diverticules. »

En 1908, Maxwell Telling publie une statistique de 28 cas sur 13.000 nécropsies.

Au contraire, certains mémoires allemands nous donnent un chiffre bien plus fort : Graser, 15 fois sur 28 ; Sudsuki, 15 fois sur 40 ; mais ces auteurs nous disent que la plupart de ces diverticules devaient être recherchés au microscope.

Comment expliquer cette rareté pour certains, cette relative fréquence pour d'autres ? Comment expliquer

que beaucoup de chirurgiens, beaucoup de médecins procédant à des vérifications journalières n'aient pas eu l'attention attirée à ce sujet ?

Les raisons en sont assez simples. Tout d'abord les diverticules donnant peu de symptômes de localisation pendant l'existence quand ils évoluent normalement, il est rare que l'attention soit attirée à la nécropsie sur l'S iliaque, organe fréquemment délaissé sur le cadavre, lorsqu'on n'a pas de raisons spéciales de s'y attarder.

De même, les chirurgiens opéraient peu, tout au moins jusqu'à ces dernières années, sur cette région, et l'on est frappé que depuis que l'on a parlé un peu plus des diverticules ils se présentent plus fréquemment sous le bistouri du chirurgien ou à l'examen des cadavres.

Ensuite, même quand on les cherche ils échappent à un examen sommaire, c'est par un examen méthodique qu'on arrive à les déceler bien souvent.

Si cependant quelquefois ils apparaissent avec une abondance telle qu'on dirait une nuée de petits grains de raisin recouvrant l'intestin (comme dans notre figure 1), souvent il est besoin de préparer cet intestin.

Le côlon enlevé soigneusement pour éviter les déchirures est étalé sur une table, il est distendu avec de l'air ou de l'eau et cette opération suffit parfois à mettre en évidence des diverticules passant inaperçus sur un intestin flasque. Ensuite il faut avec soin écarter le méso, parcourir la surface le long des bandes coliques et surtout disséquer finement les franges épiploïques car c'est à leur intérieur qu'on les trouve le plus souvent.

C'est de cette façon que dans le service hospitalier de notre maître, le docteur Cade, pendant notre semestre à



Fig. I. — Diverticules du côlon sigmoïdien

l'Hospice du Perron, nous avons examiné, sous sa direction, une centaine de sujets pris à la suite et que nous avons trouvé la présence nette de diverticules trente fois. Et nous voulons parler seulement des cas évidents à l'œil nu sans le secours d'aucun microscope.

Ce serait donc une proportion extrêmement forte. Il ne faudrait pas généraliser et croire qu'un tiers des individus possèdent sur leur côlon ce précieux ornement.

Non, car la plupart de ces cadavres étaient ceux de gens âgés pensionnaires de l'hospice, et nous verrons que cette lésion est exceptionnelle au-dessous de 40 ans, que la constipation qui l'accompagne, la cause peut-être fréquemment. Nous étions donc dans les meilleures conditions pour les découvrir chez des chroniques alités ou de vieux habitués du fauteuil à roulettes.

Mais, toutes choses mises à part, nous sommes encore loin du cas unique de Zielgien sur 2.700 autopsies.

Siège

Le plus fréquemment ils se trouvent au niveau de l'S ILIAQUE.

A ce niveau on les voit en grappes, en rangées, le long des bandes longitudinales, sur les bosselures, mais le plus souvent c'est au niveau de l'insertion mésentérique qu'on les observe. Quelquefois même uniquement dans ce méso. Chez les sujets maigres ils sont faciles à voir, mais chez ceux dont l'intestin est surchargé de graisse ils sont enfouis dans cette graisse et c'est alors qu'il faut les rechercher avec soin.

On les voit aussi quelquefois dans l'épaisseur des franges épiploïques qu'il faut avoir soin de disséquer.

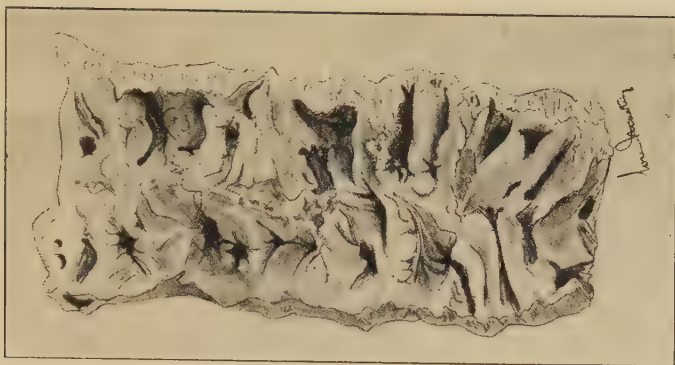


Fig. II. — Surface interne d'un segment du côlon sigmoïdien de la fig. I.
Orifices diverticulaires, on remarquera dans ce cas l'épaississement de la paroi intestinale.

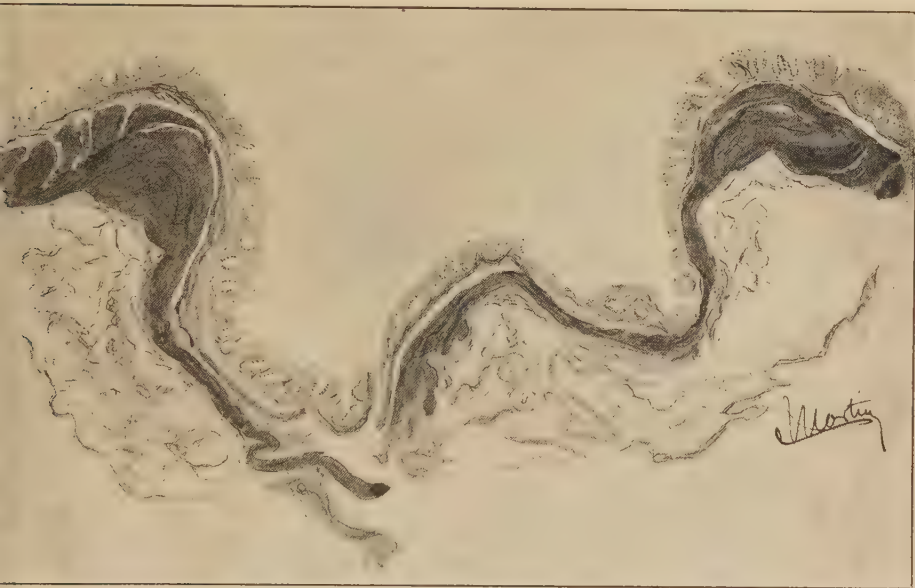


Fig. III. — Coupe d'un diverticule du côlon (faible grossissement).
A remarquer la minceur de la tunique musculaire et même sa discontinuité, et par contre l'épaississement du muscle autour de l'orifice du diverticule.

Pour M. Patel, c'est non seulement au niveau de l'anse qu'ils sont le plus fréquemment, mais surtout dans la portion mobile de cette anse.

Mais si c'est à ce niveau qu'on les rencontre de préférence, nous sommes actuellement loin de l'opinion de Cruveilhier qui dit n'en avoir jamais trouvé ailleurs que sur le côlon sigmoïde. En effet, sur le rectum on en observe, mais rarement, entre les faisceaux musculaires longitudinaux.

Il n'est pas beaucoup moins rare d'en trouver sur toute la hauteur du côlon, jusque sur le cæcum et l'appendice ; les diverticules de l'appendice ont été très bien étudiés au point de vue anatomique et clinique, en France notamment, par Lejars et Ménétrier et ont fait l'objet d'une foule de rapports et d'articles, et notamment d'un travail tout récent de MM. Bérard et Vignard. Nous y reviendrons d'ailleurs plus loin à propos des conséquences que peuvent entraîner les diverticules dans un prochain chapitre.

Nous-mêmes en avons vu un cas sur le côlon transverse, non loin du côlon descendant. Le diverticule était gros comme une cerise, vide, et placé le long d'une bande longitudinale.

Une fois encore sur le côlon transverse, des diverticules observés par M. le D^r Cade sur un mégacôlon acquis.

Sur le cæcum nous en trouvâmes deux fois. Le premier observé était unique, assez volumineux, et contenait un coprolithe noir de la taille d'un noyau de cerise.

Le deuxième cas remonte au 11 avril dernier. Le cæcum d'une vieille femme de 90 ans morte de vieillesse était couvert d'au moins 20 ou 30 diverticules dont la taille



Fig. IV. — Diverticule microscopique,
à remarquer les mêmes modifications de la tunique musculaire que la fig. III.



Fig. V. — Coupe transversale d'un diverticule colique (intéressant toute sa circonférence.)

variait de la grosseur d'un pois à celle d'une cerise. Au moins 7 ou 8 atteignaient cette dernière dimension. Aucun sur l'appendice.

Peut-on observer au niveau de l'intestin grêle des diverticules acquis ? C'est là une question qui sort de notre sujet et sur laquelle nous n'avons pas d'observation personnelle. Ils doivent être en tout cas exceptés.

M. Cade nous a communiqué un cas de rétrécissement du grêle avec infarctus sus-jacent de l'intestin. Il existait une rétro-dilatation considérable de l'intestin et on remarqua de petites dilatations diverticulaires microscopiquement aux diverticules. La paroi très amincie, près de se rompre, n'était représentée que par une mince couche musculo-séreuse.

Ordinairement ils sont réunis dans une certaine région et existent sur une hauteur de 10 à 20 centimètres. Il est rare qu'il y en ait chez le même sujet sur toute la longueur du gros intestin. Nous en avons observé une fois sur une longueur de 60 centimètres.

Ainsi placés les diverticules sont des plus variés, tant au point de vue de leur forme que de leurs dimensions.

Souvent ils ont l'apparence de petites tumeurs dures, piriformes, noirâtres, rappelant un peu l'aspect des varices, cette dureté et cette couleur étant dues à la présence à leur intérieur de matières ou d'un calcul stercoral.

D'autres fois, ils ont un aspect blanchâtre, opalin, dû à l'amincissement de leur paroi.

Tantôt sessiles, ce sont de petites coupoles à peine surélevées au-dessus de l'intestin, tantôt pédiculés, ils sont plus ou moins allongés en forme de gourde, de poire, en doigt de gant, suivant l'épaisseur du pédicule.

La réunion de ces petites masses pédiculées donne bien l'aspect de grappes de raisin.

Quant à leur taille, elle va jusqu'à celle d'une noisette. Le plus souvent le volume est celui d'un petit pois. On en rencontre alentour d'autres plus petits en voie de formation. On pourrait rechercher la première lésion au microscope, nous n'avons jamais pratiqué cet examen dans ce but, mais lors de nos recherches histologiques nous avons noté souvent des diverticules microscopiques.

Leur nombre est très variable. On n'en trouve quelquefois qu'un seul. Celui-ci dans un de nos cas atteignait la taille d'un haricot, le plus souvent ils sont quelques-uns, parfois on en trouve un grand nombre (autopsie du Prof. Alibert, rapportée par Cruveilhier).

Aspect intérieur

Si l'on ouvre l'intestin et qu'on regarde la surface muqueuse de celui-ci, les orifices des petits sacs diverticulaires peuvent souvent être vus.

Ils se présentent sous la forme d'ouvertures rondes ou ovales.

Ils peuvent être cachés sous un repli de la muqueuse et demandent à être recherchés à l'aide de la pointe d'une sonde cannelée. Quelquefois cet examen est rendu difficile par l'épaississement des tuniques qui accompagnent assez souvent ces lésions.

En ouvrant ces diverticules on a souvent à leur intérieur un petit bouchon mou fécal, un calcul stercoral ou des corps étrangers, tels que pépins de fruits, etc.

On comprend que la présence de ces corps étrangers obturant l'orifice des sacs, leur faisant ainsi jouer le rôle

de cavité close, frottant contre la paroi amincie, puisse amener des complications graves.

Quant à la paroi du diverticule vue par transparence, elle est souvent fort mince et diaphane, prête à se rompre, semble-t-il, en certains points.

Cette description d'ensemble convient à peu près à toutes les régions où l'on retrouve la lésion : au niveau de l'appendice elle présente, d'après les observations des auteurs, les caractères suivants :

1° Les diverticules siègent très souvent et même en série le long du bord adhérent de l'appendice et se développent dans l'épaisseur du méso ;

2° Ils ont parfois un volume assez gros.

Voici les deux conclusions que l'on peut retirer de nombreuses observations.

Les diverticules se développent dans le méso appendice, et M. Walther insistait dès 1900 sur ce fait que l'on s'expose, en coupant le méso trop au ras de l'appendice, de laisser dans ce méso un bout de la muqueuse herniée infectée. Donc lier à une certaine distance de l'appendice.

D'autre part on a trouvé de très gros diverticules.

En 1904, Lejars et Ménétrier décrivent comme diverticule acquis de l'appendice un cas où, après section de cet organe, « on trouva dans le méso une sorte de prolongement en doigt de gant, si large et si long qu'on eût pu croire à une bifurcation appendiculaire ».

M. Von Brunn dans un autre fait rapportait que l'appendice était divisé, semblait-il, à son extrémité et portait à ce niveau un gros diverticule de 2 centimètres de long.

Autre observation curieuse de M. Potherat qui découvrit une sorte de tumeur kystique grosse comme une amande verte en plein méso et communiquant avec l'appendice.

Enfin, citons encore les observations de M. R. Schweiger et M. le Dr Elbe, celle de M. Toudek, rapportées dans la *P. M.* (1911), et le tout récent travail de MM. Bérard et Vignard, dans la *Prov. Médicale* du 12 avril 1913.

Les diverticules sont formés par les trois tuniques, c'est une simple évagination de l'intestin.

Cette formule est vraie au début, mais souvent il y a amincissement des tuniques, surtout de la musculuse, et même disparition complète de celle-ci.

On distinguait autrefois des diverticules vrais avec les trois tuniques, les diverticules faux qui n'avaient pas de musculuse, et l'on croyait qu'aux premiers correspondaient des lésions congénitales, aux seconds des lésions acquises qui se formaient par suite d'une hernie de la muqueuse au travers de la musculuse interrompue.

Depuis, les auteurs ne font plus cette distinction (Edwin Beer, Telling, Patel), et comme eux, nous croyons que la disparition de la muqueuse est le plus souvent secondaire. A ce point de vue, on a tous les degrés, et l'on conçoit aisément que l'amincissement de la paroi puisse être une prédisposition à la perforation. Mais cette perforation est le plus souvent le fait d'un processus surajouté d'ordre infectieux. On peut constater le voisinage des deux modalités de diverticules et même l'une greffée sur l'autre, comme nous avons pu le constater.

Nous avons examiné au microscope un certain nombre de coupes de diverticules et nous donnons les indications principales fournies par quelques-unes :

Première préparation

Muscle notablement moins épais ;
Muqueuse « muscularis mucosae » et glandes normales ;
Sous-muqueuse amincie ;
Pas d'infiltration inflammatoire ;
Un diverticule microscopique avec musculature.

Deuxième préparation

Diverticule microscopique à côté d'un gros diverticule ;
Muscle conservé dans l'un ;
Disparu dans le gros avec bourrelet périphérique ;
« Muscularis mucosae » conservée.

Troisième préparation

Amincissement très notable du muscle mais persistance ;
Infiltration leucocytaire qui est plus abondante dans le fond du diverticule.

Quatrième préparation

Diverticule avec muscle absolument normal ;

Cinquième préparation

Coupe circulaire.

Sixième préparation

Amincissement très net du muscle ;
Bourrelet de chaque côté, sorte de sphincter avec épaissement du muscle.

Septième préparation

Muscle disparu. A un fort grossissement on retrouve des fibres isolées.

Huitième préparation

Conservation du muscle aminci au fond.

Neuvième préparation

Conservation du muscle avec bourrelet ;

Amincissement dans le fond.

Dixième préparation

Le muscle s'arrête très nettement tout autour du diverticule.

Onzième préparation

Nous avons affaire sur cette coupe à des diverticules microscopiques observés sur la paroi d'un mégacôlon acquis consécutif à une sténose du côlon pelvien (pièce de M. Cade). Diverticules un peu plats. Diminution d'épaisseur de la paroi, particulièrement de la couche musculaire. Bourrelet. Le diverticule est tapissé intérieurement par la muqueuse.

Dans tous ces cas, le diverticule est tapissé intérieurement par la muqueuse, la sous-muqueuse* participe à l'atrophie de la musculature, la sous-séreuse et la séreuse restent indemnes sans réaction. Nous avons pu parfois noter une infiltration lymphocytaire anormale. Les modifications les plus importantes portent sur la musculature : amincissement, disparition possible, sphincter orificiel. Les autres tuniques n'ont ordinairement que des lésions peu appréciables.

Etiologie et pathogénie

Le facteur le plus constant est l'âge avancé. On admet, dit Edwin Beer, qu'on ne trouve des diverticules que chez les vieillards.

En effet, on ne les observe pas au-dessous de 40 ans, sauf rare exception. Le plus souvent on les trouve au-dessus de 60 ans. Ceci nous explique pourquoi nous avons eu dans notre statistique personnelle une si forte proportion de diverticules pour les côlons examinés.

Ce sont, en général, des vieillards à parois flasques, à intestin mou et dilaté, et il est curieux de noter combien il est fréquent de voir cette affection coïncider avec des ptoses viscérales multiples témoignant de l'atonie des musculatures abdominales surtout, de tous les tissus en général.

C'est surtout le gros intestin qui est atteint, ses mouvements péristaltiques sont diminués, la musculature parésiee, il se laisse dilater, les altérations glandulaires surviennent avec arrêt des sécrétions intestinales.

Toutes ces lésions coïncident avec la constipation chronique.

Les causes de cette constipation tiennent pour une

grande part à l'hygiène défectueuse du vieillard, à son genre de vie antérieure, à sa vie sédentaire, confinée dans la chambre et sur un fauteuil, à l'abus des purgatifs intempestifs.

Ajoutez à tout cela le prostatisme, les lésions nerveuses chez certains sujets amenant une diminution de sensibilité de la muqueuse en même temps qu'une véritable atonie trophique, et vous aurez le schéma des vieillards chez lesquels on trouve les diverticules quand, enlevés par une pneumonie ou une autre affection intercurrente, ils viennent échouer sur la table d'amphithéâtre où nous les examinons.

On a beaucoup parlé de l'obésité comme provoquant des diverticules.

Maxwell Telling incrimine la surcharge graisseuse. Les appendices épiploïques surchargés de graisse exerceraient une traction au niveau des tuniques intestinales. D'autres auteurs, Hanseman, par exemple, en trouvent le plus souvent chez des sujets maigres.

Sudsuki admet surtout l'action de la prolifération adipeuse suivie d'amaigrissement, au mécanisme analogue à celui des hernies de la ligne blanche provenant d'amaigrissement chez des sujets très obèses.

Nous n'avons jamais bien observé la constance de ce facteur. Si souvent les diverticules sont logés au milieu de masses graisseuses épiploïques ou mésentériques, souvent aussi les sujets qui en étaient porteurs étaient d'une maigreur que ne pouvaient expliquer les pertes de poids de leur dernière maladie.

Avaient-ils été obèses, nous ne savons.

La surcharge graisseuse agit certainement, mais sur-

tout en amenant à sa suite de l'atonie intestinale, de l'atrophie musculaire et glandulaire.

Bien plus importante est la distension intestinale. C'est elle qui agit en grande partie dans la constipation chronique. Elle est mise en relief par certaines observations très suggestives à cet égard. On rencontre souvent les diverticules au-dessus d'un rétrécissement de l'intestin. Celui-ci peut être dû à une tumeur, cancer en général, ou, comme nous l'avons observé nous-mêmes dans un cas, à une tumeur de voisinage. Chez une femme on trouva des diverticules en assez grande abondance sur l'S iliaque qui était comprimé au-dessous par un gros fibrome enchâssé dans la cavité pelvienne.

Un autre fait très curieux est la présence de diverticules sur les parois d'un mégacôlon acquis, dont M. Cade nous a fourni un très joli cas. Au niveau du côlon transverse il trouva des diverticules allongés un peu aplatis présentant tous les caractères des diverticules acquis. Leur paroi était mince, la musculature avait à peu près disparu. Dans ce cas la distension paraissait évidemment être la cause directe, car le mégacôlon était consécutif à une sténose du côlon pelvien.

Que conclure au point de vue du mécanisme de formation de ces diverticules ?

Nous avons brièvement exposé les diverses théories pathogéniques.

En somme, action mécanique, diverticule de pulsion, diverticule de traction.

Tous les auteurs sont à peu près d'accord et assignent à cette action mécanique la première place.

Pour expliquer la moindre résistance de l'intestin est-ce

la théorie veineuse de Graser, avec élargissement des pentes vasculaires dues à la stase, la théorie glandulaire de Zielgien ?

Je crois qu'il est impossible de rattacher tous les cas à l'un ou l'autre de ces mécanismes. S'ils peuvent agir dans certains cas particuliers et provoquer la localisation à un endroit d'un diverticule, il existe en plus des causes plus générales.

Et nous voulons parler de l'atonie musculaire que nous avons si souvent constatée.

Sous l'influence de la pression intracolique exagérée par les efforts chez un constipé, la paroi atrophiée, dégénérée, cède en un point limité, microscopique.

Le diverticule est amorcé.

On ne peut cependant pas nier toujours le rôle de la traction au niveau des franges épiploïques et surtout du méso, car c'est là où elle peut s'exercer, c'est là précisément où nous trouvons le plus fréquemment les diverticules.

Le diverticule une fois amorcé peut grossir et à cet égard les concrétions et les matières durcies qui s'y logent ont une action puissante pour appuyer la pression intestinale. Ces matières projetées dans la cavité au moment des efforts quand le diverticule est dilaté doivent l'empêcher de revenir sur lui-même et de profiter de l'élasticité de son muscle. On comprend qu'à de telles épreuves celui-ci ne tarde à s'atrophier, à s'amincir, à disparaître, nous avons l'ultime degré, le « faux diverticule », avec sa paroi si mince au fond. Un pas de plus, c'est la perforation, c'est l'ulcération, la gangrène qui expliquent facilement tous les accidents qui peuvent en découler.

Accidents diverticulaires

Dans ce chapitre nous groupons les conséquences anatomiques et cliniques que peut entraîner la présence des diverticules sur le gros intestin.

Au point de vue anatomo-pathologique elles peuvent être groupées en processus de deux ordres, mécaniques et infectieux.

Au point de vue mécanique il est certain que les diverticules ont une tendance à augmenter de volume sous l'influence de la pression intracolique, à amincir leurs parois, surtout la tunique musculieuse, enfin à se perforer ou à se gangréner.

Les corps étrangers y contenus, surtout les calculs stercoraux, tendent, en servant de point d'appui, à augmenter encore les effets de cette pression.

Mais il ne faut pas s'exagérer l'influence des processus mécaniques dans la pathogénie de ces accidents, mais savoir qu'il s'agit la plupart du temps, sinon toujours, d'actions microbiennes. L'infection que nous constatons rarement dans les diverticules non compliqués est à peu près toujours présente dans ces complications.

La pathogénie est donc double, d'ordre mécanique et

infectieux. Nous ne voulons pas entrer dans des discussions pour savoir la part qui revient à chacun d'eux, mais simplement présenter les accidents que ces deux facteurs associés peuvent occasionner.

Les réactions sont soit subaiguës ou chroniques, et alors nous aurons surtout de l'*hypoplasie*, soit aiguës, ce sera l'inflammation, l'ulcération, la gangrène.

Ces réactions seront provoquées comme nous venons de le dire par le développement des parois diverticulaires l'action perforante des produits retenus, les microbes et leurs toxines, l'inflammation à des degrés variables.

On a décrit des infections de la cavité péritonéale dues à l'amaigrissement des parois sans perforation. Analogue à ce qui se passerait pour certaines infections périappendiculaires, la chose serait d'autant plus plausible que les parois diverticulaires atteignent une si faible épaisseur où n'arrivent jamais celles de l'appendice vermiculaire. Mais cette question est encore peu connue. S'il ressort de certaines publications sur les suppurations péricoliques, entre autres celle de Brewer, qu'on peut avoir affaire à ce processus, les preuves n'en sont pas nettes et le sujet reste encore à l'étude. Patel nous rapporte cependant les observations de péritonite par propagation de Cameron et Pippmann de Loewis, de Rixford, mais il ajoute : Est-ce le début d'une perforation ? La chose est bien possible.

Bien différente est l'inflammation aiguë qui nous donne la diverticulite aiguë que nous étudierons au point de vue clinique et qui est bien connue.

Ces accidents entraînent des symptômes, surtout coliques, mais secondairement des processus soit d'adhésion,

soit de perforation, avec suppurations localisées ou généralisées que nous verrons plus loin.

Plus fréquente est l'inflammation chronique qui amène une réaction des tissus voisins.

Nous avons affaire à la diverticulite et à la péridiverticulite chroniques qui aboutissent le plus souvent à un épaissement des parois de l'intestin et secondairement à la sténose.

Cet épaissement résulte de l'absorption locale de produits septiques juste sous la sous-muqueuse et la sous-séreuse, car si la sous-muqueuse participe ordinairement à l'atrophie de la musculature, comme nous l'avons observé nous-même dans la plupart de nos coupes histologiques, cette tunique peut proliférer comme la séreuse elle-même en cas d'infection secondaire.

En somme, c'est une inflammation proliférative du diverticule qui finit par former une vraie tumeur.

C'est Graser qui la décrit le premier, mais maints auteurs en ont donné des relations analogues et ont présenté des pièces simulant ainsi des tumeurs vraies que l'examen microscopique était seul capable d'attribuer à leur véritable cause.

La prolifération commence tout autour des diverticules qui s'entourent de masses plus ou moins volumineuses de tissu fibreux qui allongent la lumière diverticulaire.

Si les diverticules sont nombreux, le processus se produit au niveau de chacun d'eux et ainsi l'intestin se trouve sur une hauteur de plusieurs centimètres enveloppé d'une gangue de tissu inflammatoire qui en se rétractant comme le fait tout bon tissu fibreux néoformé donne une sténose ordinairement légère de l'intestin, un rétrécis-

sement large sur lequel notre maître, M. Cade, a maintes fois attiré notre attention et dont nous avons rencontré dans nos autopsies deux ou trois exemples.

Si le travail inflammatoire est plus accentué il gagne les tissus et organes environnants, c'est ainsi que nous avons trouvé fréquemment un épaissement du méso, celui-ci scléreux et dur avait perdu sa souplesse et contribuait par là même au mauvais fonctionnement intestinal.

Un pas de plus et nous avons une réaction plus intense du péritoine : adhérence avec les organes voisins.

Maxwell Telling cite trois cas d'adhésion avec l'intestin grêle qui avaient donné des phénomènes d'occlusion.

Patel et Pellanda nous rapportent trois observations de Sidney Jones, Czerny et Waldvogel d'adhérence avec la vessie, celles-ci s'accompagnant de suppuration et de fistule vesicocolique.

Dans tous ces cas on avait une fistule assez longue, tortueuse, cheminant dans un épais tissu inflammatoire, témoignant d'un long travail d'infection et de réactions adéquates.

Enfin, les diverticules peuvent se perforer en péritoine libre. Ils se perforent même assez souvent et cette complication redoutable est une des plus fréquemment décrite par les auteurs.

Nous devons à M. Patel une étude très complète des diverticulites perforantes.

M. le Professeur Jaboulay en observe un premier cas en 1898. M. Patel en réunit une statistique de 8 cas en 1907, de 28 en 1911.

La perforation est de faible dimension : 4 millimètres

dans un cas de Moure et Desbouis, et comme il en résulte des observations de MM. Paviot, Morel, Lejars, Tavernier.

Les bords sont taillés en biseau, mâchés, déchiquetés, toujours plus ou moins gangréneux.

Quelquefois la perforation est plus nette, comme à l'emporte-pièce. C'est ce que M. Patel appelle le mal perforant intestinal et qui donne parfois, chez les vieillards, des péritonites asthéniques sans graves symptômes de réaction.

Dans ces divers cas la recherche du diverticule causal est très difficile et il faut avoir l'attention attirée là-dessus.

Cette perforation nous donnera soit une péritonite généralisée dans le péritoine libre, soit au contraire, quand se sont formées des adhérences antérieures des péritonites enkystées, des abcès locaux qui à leur tour peuvent s'ouvrir dans un organe voisin en donnant des fistules avec le grêle ou avec la vessie.

Telles sont les principales complications des diverticules. Il y en a cependant d'autres de décrites, mais bien plus rares. Ce sont l'enclavement dans le diverticule de corps étrangers, des bouchons stercoraux, pépins, arêtes de poissons (Bland Sutton), une inflammation chronique du mésentère sigmoïdien que nous avons déjà signalée et qui peut amener secondairement un volvulus de l'intestin.

On a signalé des suppurations métastatiques dans le foie surtout et, chose plus importante, le développement secondaire d'un cancer sur un diverticule.

Enfin les diverticules auraient un rôle important dans les sigmoïdites herniaires et leurs complications, comme

le signale Patel dans la thèse de Baufle, et aussi dans l'inflammation des appendices épiploïques herniés de l'S iliaque (Patel et thèse de Machuel).

Au point de vue clinique que nous donneront les diverticules ?

Quels en sont les symptômes ? Comment en faire le diagnostic. Quand le diverticule n'est pas compliqué les symptômes sont nuls, le diagnostic impossible. On peut soupçonner leur présence chez des vieillards constipés, avec des ptoses viscérales multiples, une vie sédentaire. Ces notions ne doivent servir qu'à savoir qu'ils existent dans des cas analogues, à y penser quand il surgira des phénomènes dans la fosse iliaque gauche, des symptômes de péritonite généralisée, des fistules stercorales, des inflammations, même dans des points distants de l'abdomen.

Maxwell Telling se pose cette question : Y a-t-il lieu de tenir compte des diverticules dans un diagnostic d'affection abdominale. Leur fréquence dans les accidents survenant dans la fosse iliaque gauche est-elle suffisante pour mériter l'attention du clinicien ?

Nous ne saurions résoudre nous-même cette question en nous basant sur nos propres observations, mais l'auteur précité est catégorique et très affirmatif.

S'appuyant sur une statistique de 63 cas personnels, sur les recherches ou les trouvailles de nombreux chirurgiens américains et allemands, les observations de Brewer, W.-S. Mayo Taylor, il conclut qu'il n'y a aucun doute. La diverticulite doit avoir sa place en clinique.

Elle est la cause parfois de sigmoïdites aiguës simples, souvent de la sigmoïdite avec péricigmoïdite plastique ou

suppurée, presque toujours de la sigmoïdite perforante avec péritonite locale ou généralisée.

Dans les deux premiers cas il faudra éliminer l'appendicite avec phénomènes à gauche, l'appendicite gauche véritable avec transposition des organes, les inflammations pelviennes, la péricolite tuberculeuse ou syphilitique, et même après tout cela, même quand on aura des troubles catarrhaux ou fonctionnels nets de l'anse sigmoïde, on ne sera pas bien avancé.

Si l'inflammation est aiguë, légère, cède à un purgatif, on ne pourra pas dire qu'il n'y a pas de diverticule, mais on peut à peu près affirmer que c'est la sigmoïdite catarrhale, les couches muqueuses en particulier qui sont seules en cause et que ce n'est pas une complication diverticulaire, car celles-ci amènent des phénomènes de sigmoïdite chronique qu'il est bien difficile de distinguer des inflammations chroniques provenant de facteurs différents.

Nous savons cependant que les diverticules ont tendance à faire des tumeurs et des abcès.

Si donc au-dessus du ligament de Poupard nous avons une tuméfaction allongée souvent mal définie, fluctuante ou fixée, avec peu de phénomènes généraux, température peu élevée, une faible douleur, nous pourrions penser à des accidents diverticulaires dans les conditions étiologiques bien définies, qui seront l'âge du malade et son genre de vie, conditions sur lesquelles nous avons déjà bien insisté.

Avons-nous affaire à une péritonite généralisée, il sera bien difficile d'en trouver la cause diverticulaire. A un point de vue clinique très particulier que signale Maxwell

Telling, on doit penser aux diverticules. Ceux-ci ont, en effet, une plus grande facilité à se rompre sous l'effet de l'augmentation de la pression intestinale, telle qu'elle peut se produire au moment de la défécation. Dans ce cas de péritonite débutant au cours d'un tel acte chez un sujet âgé et constipé, nous devons penser aux diverticules.

D'ailleurs, la règle pour les chirurgiens qui n'auraient pas trouvé ailleurs la cause de perforation est de rechercher systématiquement les lésions de l'S iliaque. Dans l'avenir, dit Telling, cet oubli sera impardonnable.

C'est, nous croyons, d'ailleurs le meilleur critérium du diagnostic au cours de semblables accidents.

Nous ne voulons pas reprendre ici l'étude des sigmoïdites perforantes.

Nous renvoyons le lecteur à l'article de Patel sur les sigmoïdites perforantes et au rapport de M. Cade pour le xiii^e Congrès de médecine, et que l'on ait affaire à une péritonite asthénique, trouvaille d'amphithéâtre, à une forme suraiguë ou aiguë, il sera bien difficile de faire le diagnostic causal.

La douleur initiale dans la fosse iliaque gauche, la défense de la paroi appelleront l'attention de ce côté, mais on ne peut pas pousser très loin la précision du diagnostic.

L'obstruction intestinale causée par les diverticules est ordinairement chronique, à part le cas où une adhérence peut produire une coudure ou un étranglement.

Elle est donc chronique, comme il est facile de le prévoir avec la notion des rétrécissements larges que nous avons acquise.

Comme elle s'est accompagnée presque toujours d'une

hyperplasie active, on a souvent la formation d'une tumeur concomitante.

Occlusion, tumeur, abcès même, ce sont les symptômes cardinaux du cancer de l'intestin et, en effet, on a souvent pris de telles lésions pour des cancers, même après ablation, comme nous l'avons déjà signalé.

Peut-on les distinguer ?

La constipation récente, la cachexie marquée, la présence du sang dans les selles sont fortement en faveur d'un cancer, tandis qu'une constipation de vieille date chez un sujet sédentaire, l'absence malgré le Weber répété de sang dans les matières, la présence d'un abcès plaident pour la possibilité d'une péridiverticulite.

Enfin, la recto-sigmoïdoscopie, quand elle est possible, pourrait trancher le diagnostic en nous montrant l'ulcération nette d'un néoplasme.

Quelquefois le diagnostic reste hésitant, faut-il ouvrir l'abdomen pour le confirmer ? Oui, et comme une intervention dans les deux cas est indiquée, on a tout intérêt à se renseigner par la vue et à choisir son mode de traitement en présence de la tumeur elle-même.

Un autre accident que nous avons signalé est la fistule vesico-colique. Le premier cas fut décrit par Sidney Jones en 1858, mais on n'y attribua pas immédiatement beaucoup d'importance. On attribua le plus souvent cette complication à une tumeur maligne, mais on a actuellement la preuve d'une origine certaine diverticulaire dans un certain nombre de cas. En 1908, Maxwell Telling en réunit 11 cas et il nous cite, en 1911, deux observations suggestives que nous rapportons et qui sont dues à M. H. Littlewood. Nous reproduisons l'une d'elles :

Femme, 65 ans. Depuis vingt ans ses gaz et ses matières passent par l'urèthre. Il y avait une fistule s'ouvrant à la surface de l'abdomen à travers laquelle les feces et l'urine avaient passé depuis un temps égal. *A l'opération* on trouva un considérable épaissement de l'S iliaque dû à la péridiverticulite et il y avait un diverticule en forme d'entonnoir s'ouvrant dans la vessie et à la surface dans la région hypogastrique gauche. Il fut enlevé et l'ouverture fistuleuse fermée.

Quelques semaines après les matières fécales s'échappaient de la plaie abdominale et une nouvelle opération fut pratiquée. La fistule resta complètement fermée.

Une autre série de faits qui découlent de la présence des diverticules sur le cæcum est la possibilité d'accidents diverticulaires dans la fosse iliaque droite.

Nous savons déjà, par les publications de Lejars, Lejars et Ménétrier, Bérard et Vignard, que les accidents diverticulaires de l'appendice sont loin d'être rares, mais pour ce qui est du cæcum et du côlon ascendant, la chose est moins connue.

Cependant, Maxwell Telling rapporte un cas de Taylor où la perforation d'un diverticule à onze centimètres et demi du cæcum avait amené une péritonite.

CONCLUSIONS

1° La présence des diverticules du gros intestin est relativement fréquente au-dessus de 60 ans. Nous l'avons constatée vingt-neuf fois sur cent autopsies consécutives de vieillards de l'Hospice du Perron.

2° Leur nombre allait suivant les cas d'un seul à plusieurs douzaines et leur volume variait des dimensions d'un grain de chénevis à celles d'une noisette.

Ces diverticules siègent de préférence sur l'S iliaque, dans son méso surtout et le long des bandes musculaires longitudinales ou encore dans les franges épiploïques. On en a signalé sur le rectum. Nous en avons vu personnellement sur le côlon transverse et deux fois sur le cæcum.

Ils peuvent être vides ou au contraire remplis de matières ou de calculs stercoraux qui leur donnent une coloration noirâtre.

3° Une confusion a longtemps régné sur les qualificatifs de vrai ou faux attribués aux diverticules, suivant qu'ils possédaient dans l'épaisseur de leur paroi une tunique

muscleuse ou au contraire qu'ils étaient constitués par une véritable hernie de la muqueuse à travers l'écartement des fibres de la couche musculaire de l'intestin.

Les deux types existent, souvent ils coexistent chez un même sujet mais ne correspondent pas respectivement à des diverticules soit congénitaux, soit acquis. Les diverticules que nous étudions sont toujours, quelle que soit leur structure, des formations acquises. Nous avons trouvé des modifications variables de la musculature des diverticules examinés histologiquement par nous.

4° Au point de vue du mécanisme de leur production, le plus grand rôle doit être attribué à l'augmentation de la pression intestinale agissant sur une paroi affaiblie et dégénérée. Ceci explique assez bien l'action des deux principaux facteurs étiologiques : vieillesse et constipation.

5° Ces formations diverticulaires joueraient, d'après les travaux récents, un rôle important dans la pathologie intestinale, rôle qu'on ne saurait mieux comparer qu'à celui de l'appendice cæcal, au point de vue surtout des complications qu'elles entraînent.

6° Eu égard à la fréquence des diverticules à partir d'un certain âge, la fréquence des accidents diverticulaires ne doit pas être exagérée. Dans tous ces cas ils ont été des découvertes d'amphithéâtre, quelquefois cependant ils avaient paru entraîner des lésions légères de la paroi intestinale : épaissement, sclérose du méso, rétrécissement large.

Il reste surtout vrai que la notion des diverticules et des accidents dont ils sont parfois la cause constitue une acquisition intéressante dans le domaine de la pathologie abdominale.

Vu :

Le Président de la Thèse,

TEISSIER.

Vu :

Lyon, le 22 avril 1913,

Le Doyen de la Faculté,

HUGOUNENQ.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 22 avril 1913,

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE⁽¹⁾

- BAUFLE. — Sigmôidite herniaire. (Thèse de Lyon, 1911-12.)
- BEER (Edwin). — *American Journal of Medical Science*, Aspect pathologique et clinique des diverticules acquis de l'intestin.
- BÉRARD ET VIGNARD. — Diverticules et kystes de l'appendice. (Province médicale, 12 avril 1913.)
- BITTORF. — Die Akuten und Chronischen umschriebenen Entzündungen des Dickdarms, spez. der Flexura sigmoideax. (Münchener medizinische Wochenschrift, janvier 1904.)
- BREWER. — Diverticulite aiguë de l'anse sigmoïde (American Journal of the Medical Sciences, octobre 1907, et The Journal of the American Medical Association, août 1908, Journal de Chirurgie, 1908, t. I, p. 745.)
- CADE. — Précis des maladies de l'appareil digestif. (Collection Testud, 1910.)
- CADE. — Colites infectieuses aiguës chez l'adulte. (Rapport présenté au XIII^e Congrès français de médecine, 1912.)
- CAMERON ET RIPPMMANN. — Cinq cas de diverticulite aiguë de l'S iliaque (Guy's Hospital reports, 1910, p. 49.)
- CATZ. — Sigmôidites et périssigmôidites. (Gazette des hôpitaux, 5 janvier 1907.)
- CHLUMSKY. — Beiträge z. Klinische Chir. (1899, t. 25.) Ueber verschiedene Methoden d. Darmvereinigung.
- CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique (t. I, p. 953.)

(1) Le lecteur trouvera à la suite des articles de M. Patel mentionnés plus loin d'autres indications que nous n'avons pas reproduites.

- DEMOULIN. — Rétrécissement musculaire du gros intestin. (Société anatomique, 89, p. 442.)
- DUNN. — Diverticules acquis de l'anse sigmoïde. (The American journal of the Medical Sciences, juillet 1911.)
- DRUMMOND HAMILTON. — Sacculitis of the large intestine. Zentral Blatt für die gesamte innere Medizin. (1912, t. III, cahier 5, p. 241.)
- EDEL. — Virchow's Archiv. (1894, t. 88). Diverticules de l'intestin.
- FRANKE. — Pathologie et thérapeutique des faux diverticules du gros intestin. (Deutsche med. Wochens., 1909.)
- GEORGI. — Deutsche z. f. Chir. (1903, p. 57), Ueber die Erwerbene Darm divertikel.
- GIFFIN (de Rochester). — Diverticulite du rectum. (Analyse in Archives des maladies de l'appareil digestif, 1911, p. 585.)
- GIFFIN ET WILSON. — Analyse in Archives des maladies de l'appareil digestif (1911, p. 586), Carcinome développé sur un diverticule sigmoïdien.
- GRASER. — Ueber die falschen Divertikel. Münch. Med. Wochen, 30 mai 1899.
- HANAU. — Virchow's Arch. (1896, p. 145), Falsche Darmdivertikel.
- HANSEMAN. — Virchow's Arch. (1896, p. 144), Ueber die falsche Darmdivertikel.
- HARTWELL (John). — Société de Chirurgie de New-York (nov. 1909 et déc. 1909), Revue de Chirurgie (1910, t. XLI, p. 731 et p. 964).
- HARTWELL ET CECIL. — Diverticules intestinaux (The American Journal of the Med. Sciences, août 1910.)
- HOCHENEGG. — Congrès allemand de chirurgie 1902.
- JABOULAY. — Cité par Patel.
- KOTHE. — Réunion libre des chirurgiens de Berlin, 8 fév. 1909 (observation citée par Patel).
- LEJARS. — Sigmoïdite et péricigmoïdite. (Semaine méd., 1904), Diverticulites chroniques d'emblée (Sem. méd., 1911, p. 277), Diverticules de l'appendice (Sem. méd., 1911, p. 532).

- LEJARS ET MÉNÉTRIER. — Diverticules de l'appendice et appendicite diverticulaire. (Revue de Chirurgie, oct. 1904, Sem. méd., 1904, p. 334.)
- LE LANDAIS. — Absès de la fosse iliaque gauche d'origine sigmoïdienne. (Thèse de Lyon, 1911.)
- MACHUEL. — La hernie des appendices épiploïque de l'S iliaque. (Thèse de Lyon, 1912.)
- MAYO, WILSON ET GIFFIN. — Diverticulite acquise du côlon. (American Surgical Association, mai 1907, analyse in La Clinique, 11 oct. 1907, p. 655.)
- MOURE ET DESBOURS. — Sigmoidite suraiguë perforante. (Presse médicale, déc. 1909.)
- MUMMERY (Lockhart). — Diseases of the colon and their surgical Treatment. (John Wright and Sons, Bristol, 1910.)
- PAVIOT. — Cité par Patel. (Revue de Chirurgie, 1907.)
- PATEL. — Trois cas de sigmoïdite. (Lyon méd., 1904.) Sigmoidites et péricolites. (Revue de Chirurgie, oct. 1907.) Sigmoidites perforantes (diverticulites sigmoïdiennes perforantes) avec péritonite généralisée. (Lyon chirurgic., 1^{er} août 1911.) Une observation de sigmoïdite herniaire (Diverticulite sigmoïdienne. (Livre jubilaire du prof. Lépine, Revue de médecine, 10 octobre 1911.) Appendicite diverticulaire. (Lyon médical, 1913, t. I, p. 452.)
- PATEL ET PELLANDA. — Sur une pièce d'S iliaque à diverticules. (Lyon médical, sept. 1906.)
- RIXFORD. — Diverticulite aiguë. (Californian State Journal of Medicine, 1904, p. 226.)
- STIERLIN. — Signification clinique des diverticules acquis de l'intestin. (Corresp. Blatt f. Schweiz. Aerzte, 1902.)
- SUDSUKI (Konosuko). — Ueber Divertikel am S Romanum. (Arch. f. Klin. chir., 1900, Bd LXI, S. 708.)
- SUTTON (Bland). — On the effect of perforation of the colon by small foreign bodies. (The Lancet, oct., 1903.)
- TAVERNIER. — Sigmoidite perforante. (Soc. de Chirurgie de Lyon et Lyon méd., 5 nov. 1911.)
- TAYLOR ET LAKIN. — Péritonite par perforation de diverticules du gros intestin. (The Lancet, févr. 1910.)

TELLING (Maxwell). — Les diverticules acquis de l'anse sigmoïde. (The Lancet, 1908.) Sur les aspects cliniques et l'importance des diverticules sigmoïdiens. (The Proctologist, Saint-Louis U. S. A., mars 1911.)

VERDENAL. — Les diverticules de l'S iliaque. (Thèse de Lyon, 1906-1907.)

WILSON. — Diverticules du gros intestin. (Ann. of Surgery, févr. 1911.)

ZIELGIEN. — Diverticules de l'S iliaque. (Revue méd. de l'Est, 1894.)
